

Assessing Barriers to the Development of Medical Tourism Case Study: Ardabil

Nemati V¹, Ebrahimpour H^{*2}, Babaee Y³, Abbasgholizadeh N⁴

1. Instructor of Tourism management, Mohaqeq Ardabili University

2. Associate Professor of management, Mohaqeq Ardabili University

3. BA in Tourism Management

4. Assistant professor of biostatistics, Ardabil University of Medical Sciences

* **Corresponding author.** Tel: +984533516402 Fax: +989143553950 E-mail: Ebrahimpourh@yahoo.com

Received: Mar 3, 2015 Accepted: Jun 10, 2015

ABSTRACT

Background & Objectives: Health globalization leads to the formation of a new type of tourism are known as health tourism. In the medical tourism as a branch of health tourism has grown rapidly over the other branches and many countries already have programs for the development and utilization of it. Because, as a bordering province, Ardabil province is likely to progress in the field of medical tourism and Due to numerous problems in this area, this paper examines the barriers to the development of this type of tourism in the province of Ardabil.

Methods: To analyze the data, student t-test and Friedman test was used. The findings showed, Medical tourism are the barriers in Ardebil :barriers information systems and marketing with an average rating of 29.75 First step, And other policy and legislative barriers to the rank 25.14, 24.92 infrastructural barriers, barriers product development and quality of service, 24.80, 24.49 administration's attitude barriers, barriers manpower 22.46, 20.54 and socio-cultural barriers economic barriers, with mean scores of 16.19 in the Report next is.

Results: The results showed that each of these barriers have an essential role in preventing the development of medical tourism in this area And sub-indices act as barriers to the development of the sector. In the end we presented suggestions for tourism development and removing barriers.

Keywords: Tourism; Assessing Barriers to Development; Ardabil Medical Tourism.

ارزیابی موانع توسعه گردشگری پزشکی (مطالعه موردی: شهر اردبیل)

ولی نعمتی^۱، حبیب ابراهیم پور^{۲*}، یاور بابایی^۳، ناطق عباسقلی زاده^۴

۱. مربی گروه مدیریت و اقتصاد دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران ۲. دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران ۳. دانش آموخته مدیریت جهانگردی و مدرس دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران ۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۴۳۵۵۳۹۵۰ فکس: ۰۴۵۳۳۵۱۶۴۰۲ ایمیل: Ebrahimipourh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: جهانی شدن بهداشت و درمان منجر به شکل گیری نوع جدیدی از گردشگری تحت عنوان گردشگری سلامت شده است. در این بین گردشگری پزشکی به عنوان شاخه‌ای از گردشگری سلامت نسبت به سایر شاخه‌ها به سرعت رشد کرده و بسیاری از کشورها در حال حاضر برنامه‌های مدونی برای توسعه و بهره‌برداری از آن دارند. از آنجا که، استان اردبیل به عنوان یکی از استان‌های مرزی کشور، مستعد پیشرفت در زمینه گردشگری پزشکی است و با توجه به وجود مشکلات متعدد در این حوزه مقاله حاضر به بررسی موانع توسعه این نوع گردشگری در استان اردبیل می‌پردازد.

روش کار: تحقیق از نوع کاربردی و از نظر روش انجام پیمایشی مبتنی بر پرسش‌نامه است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری t استیودنت و آزمون رتبه‌ای فریدمن استفاده شده است.

یافته‌ها: نتایج تحقیق نشان داد. موانع گردشگری پزشکی در اردبیل به ترتیب عبارتند از: موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی با میانگین رتبه ۲۹/۷۵ در رتبه اول و بقیه به ترتیب موانع سیاستگذاری و قانون گذاری میانگین رتبه ۲۵/۱۴، موانع زیرساختی ۲۴/۹۲، موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات ۲۴/۸۰، موانع نگرش دولت ۲۴/۴۹، موانع نیروی انسانی ۲۲/۴۶، موانع اجتماعی- فرهنگی ۲۰/۵۴ و موانع اقتصادی دارای میانگین رتبه ۱۶/۱۹ در رتبه‌های بعدی می‌گیرد.

نتیجه گیری: نتایج مطالعه نشان داد، هر یک از این موانع در جلوگیری از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل نقش اساسی داشته و به همراه شاخص‌های فرعی به عنوان موانعی برای توسعه این بخش عمل می‌کنند. در پایان برای توسعه گردشگری و رفع موانع موجود پیشنهادهایی ارائه گردید.

واژه‌های کلیدی: گردشگری، ارزیابی موانع توسعه، گردشگری پزشکی اردبیل

دریافت: ۹۳/۱۲/۱۲ پذیرش: ۹۴/۳/۲۰

مقدمه

در سال‌های اخیر صنعت گردشگری به یکی از پردرآمدترین صنایع دنیا تبدیل شده و رقابت فشرده‌ای در بین بسیاری از کشورهای جهان برای جذب گردشگر به چشم می‌خورد. گردشگری با اهداف متنوعی مانند بازدید از منابع طبیعی، جاذبه‌های تاریخی و آثار باستانی، بدست آوردن سلامت جسمی و روحی انجام می‌گیرد. بدون تردید گردشگری بین‌المللی دارای اثر اقتصادی مثبت بر

روی درآمد ملی، اشتغال، قیمت‌ها، بودجه کشور و تراز پرداخت‌ها است. اصولاً گردشگری به‌عنوان یک حرفه خدماتی متمرکز بر نیروی کار، مورد توجه کشورهای در حال توسعه است (۱). نیروی انسانی مجرب، تجهیز و تکمیل مراکز درمانی، ساماندهی وضعیت فرودگاه، رفع مشکلات مربوط به روادید، تامین امکانات مناسب از مهم‌ترین شاخص‌ها برای توسعه این صنعت است (۲). جهانی شدن بهداشت و درمان منجر به بوجود آمدن شکل جدید از

گردشگری شده است که معمولاً به عنوان گردشگری سلامت شناخته شده است. گردشگری پزشکی به عنوان شاخه‌ای از گردشگری سلامت نسبت به سایر شاخه‌های آن به سرعت رشد کرده است و بسیاری از کشورها در حال حاضر برنامه‌های قانونی و عملی در آن به کار می‌برند. کاهش هزینه‌های حمل‌ونقل، درآمد بالاتر، انتقال دانش و فناوری و قیمت‌های رقابتی، مسافرت به کشورهای دور به دلایل پزشکی را مطلوب ساخته است (۳). صنعت گردشگری پزشکی به سرعت در حال رشد است و یکی از سریع‌ترین رشدهای بازار گردشگری را داراست. پیش‌بینی می‌شود نرخ رشد افراد متقاضی خدمات بهداشت و درمان بین‌المللی از ۲۰ تا ۳۰ درصد باشد (۴). این تجارت بین‌المللی خدمات پزشکی دارای پتانسیل‌های اقتصادی بزرگ برای اقتصاد جهانی است (۵) و به طور ویژه، گردشگری پزشکی به عنوان یک بخش ویژه پر سود برای کشورهای در حال توسعه شناخته می‌شود. به گفته رامیرز، سرمایه‌گذاری در این بخش، وسیله‌ای برای افزایش درآمد، بهبود خدمات، تولید درآمد ارزی خارجی، ایجاد یک تعادل مطلوب‌تر تجارت و به‌طور کلی افزایش گردشگری است (۶). علاوه بر این، درآمد حاصل از گردشگری پزشکی در جهان در سال ۲۰۰۷ بیش از ۶۰ میلیارد دلار (۲۴) بود و این عدد در سال ۲۰۰۹ به ۱۰۰ میلیارد دلار رسید (۴).

تعداد کشورهای ارائه‌دهنده خدمات پزشکی به گردشگران خارجی در حال افزایش است. بسیاری از کشورها از جمله کلمبیا، سنگاپور، هند، تایلند، بروئی، کوبا، هنگ کنگ، مجارستان، اردن، لیتوانی، مالزی، فیلیپین و امارات متحده عربی به عنوان مقصدهای عمده گردشگری پزشکی شناخته شده‌اند هم‌چنین کشورهای آرژانتین، بولیوی، برزیل، کاستاریکا، مکزیک و ترکیه نیز در حال ساخت خود به عنوان مقصد جذاب در این صنعت هستند (۷). به عنوان نمونه، تایلند ۹۰۰ هزار نفر گردشگر پزشکی در سال

۲۰۰۸، سنگاپور ۶۶۵ هزار نفر در سال ۲۰۰۹ و مالزی ۳۵۰ نفر در سال ۲۰۰۸ گردشگر پزشکی داشته‌اند (۹، ۸). کشور هند نیز از جمله کشورهای فعال در زمینه گردشگری پزشکی است که در سال ۲۰۱۰ از حدود ۷۳۰ هزار نفر گردشگر، ۲/۲ میلیارد دلار درآمد داشته است که شامل یک درصد از GDP این کشور است (۱۰). مزیت‌های هند به عنوان مقصد پزشکی شامل پزشکان شناخته شده، پرستاران آموزش دیده، زبان انگلیسی به عنوان زبان ارتباطات، هزینه کم و بیمارستان‌های معتبر است (۷). ایران با داشتن فرصت‌ها و توانایی‌های فراوان در این زمینه می‌تواند به یکی از مقاصد گردشگری پزشکی بین‌المللی تبدیل شود. این امر مستلزم تدوین برنامه‌ریزی و خط‌مشی‌گذاری‌های بلندمدت با توجه به شناخت نقاط قوت و ضعف درونی و فرصت‌ها و تهدیدات بیرونی در گردشگری پزشکی است. در این راستا، استان اردبیل به عنوان یکی از استان‌های مرزی کشور، مستعد پیشرفت در زمینه گردشگری پزشکی است و با داشتن قابلیت‌ها و توانمندی‌های زیاد می‌تواند به یکی از مقاصد گردشگری پزشکی بین‌المللی تبدیل شود. با در نظر گرفتن موارد فوق، این مقاله در نظر دارد موانع توسعه گردشگری پزشکی در شهر اردبیل را ارزیابی و تجزیه و تحلیل کند و مشخص شود برای تبدیل شدن شهر اردبیل به یکی از قطب‌های گردشگری پزشکی بین‌المللی در کشور، چه موانع و مشکلاتی وجود دارد. یافته‌های تحقیق می‌تواند به عنوان مبنایی برای برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های آتی در این زمینه عمل کند.

گردشگری پزشکی

سازمان جهانی گردشگری^۱، گردشگری سلامت را چنین تعریف می‌کند: استفاده از خدماتی که به بهبود یا افزایش سلامتی و افزایش روحیه فرد (با استفاده از آب‌های معدنی، آب و هوا یا مداخلات پزشکی) منجر

^۱ UNWTO

در نظر گرفت (۱۴). به عبارت دیگر، گردشگری پزشکی ترکیب ویژگی های بخش پزشکی و صنعت گردشگری است (۱۵). گردشگران پزشکی به دلایل مختلفی برای معالجه به سفر بین المللی می پردازند. یکی از عوامل اصلی سفر بیماران از کشورهای توسعه یافته به کشورهایی در حال توسعه برای درمان هزینه بالای خدمات درمانی در کشورهای توسعه یافته است. اختلاف بسیار زیاد هزینه خدمات پزشکی در کشورهای در حال توسعه نسبت به کشورهای توسعه یافته بسیاری از افراد را مجاب می کند تا برای صرفه جویی در هزینه اقدام به سفر کنند. شکل (۱) تفاوت هزینه های مربوط به دو نوع اعمال جراحی مربوط به قلب را در چهار کشور ایالات متحده آمریکا، سنگاپور، تایلند و هند را نشان می دهد.

جدول ۱. تفاوت هزینه های اعمال جراحی مربوط به قلب در ۴ کشور به دلار (۱۶)

فرایند	آمریکا	سنگاپور	تایلند	هند
بای پس ^۴	۱۰۰۰۰۰	۱۶۵۰۰	۱۱۰۰۰	۹۳۰۰
آنژیوپلاستی ^۵	۱۶۰۰۰۰	۱۵۰۰۰	۱۰۰۰۰	۹۰۰۰

از عوامل دیگر می توان به صف انتظار طولانی برای معالجه به خصوص در کشورهای کانادا، بریتانیا و استرالیا (۱۸، ۱۷)، نداشتن بیمه درمانی یا عدم پوشش بیمه ای برخی جراحی ها مانند جراحی زیبایی (۱۹)، محدودیت های قانونی یا عدم وجود اعمال جراحی خاص در برخی کشورها اشاره کرد. در کنار این عوامل می توان مواردی نظیر گسترش فناوری اطلاعات و ارتباطات و سهولت دستیابی افراد به اطلاعات گوناگون، گسترش خطوط هوایی بین المللی و بهبود تجهیزات پزشکی و ارتقا کیفیت خدمات درمانی در کشورهای در حال توسعه را نیز در نظر گرفت. به طور کلی می توان گفت که صرفه جویی در هزینه درمان، عمده ترین عامل برای سفر بیماران از

می شود، در مکانی خارج از محل سکونت فرد که بیش از یک روز به طول می انجامد. گردشگری سلامت به سه بخش اصلی تقسیم می شود: گردشگری صحت^۱ که در آن گردشگران برای استفاده از امکانات طبیعت مانند آبگرم ها و آب های معدنی، دریاچه های نمک، لجن های طبی، خورشید و آب و هوا و... با هدف درمان یا رفع نارسایی جسمی سفر می کنند. گردشگری پیشگیرانه^۲ که در آن تمام منابع طبیعی و هدف سفر مشابه گردشگری صحت است با این تفاوت که افراد، ناراحتی یا بیماری خاصی ندارند بلکه در واقع از بروز بیماری و ناراحتی جسمی و روحی جلوگیری می کنند. در نهایت گردشگری درمانی یا پزشکی^۳ که به سفر برای درمان خاص یا عمل جراحی در بیمارستان خارج از کشور مبدا اطلاق می شود (۱۱).

گردشگری پزشکی به عنوان شاخه ای از گردشگری سلامت بیانگر یک صنعت رو به رشدی است که فضایی به وجود آورده تا بیماران برای دریافت خدمات پزشکی به فراتر از مرزهای ملی سفر کنند. طبق تعریف کاررا و همکاران، گردشگری پزشکی سفری سازمان یافته به خارج از حوزه معمول مراقبت های سلامت فرد برای بهبود و حصول مجدد سلامت از طریق دخالت های پزشکی است (۱۲). هندرسون، گردشگری پزشکی را به سه بخش تقسیم می کند: خدمات پزشکی نیازمند به سطح بالایی از مهارت (مانند درمان سرطان، جراحی قلب، پیوند اعضا و معاینات جسمانی)، جراحی پلاستیک (مانند برداشت چین و چروک صورت) و چشمه های معدنی و درمان های جایگزین (مانند آرماتراپی، یوگا و ماساژ) (۱۳).

به طور کلی گردشگری پزشکی را می توان به عنوان ترکیبی از مراقبت های پزشکی و مفاهیم گردشگری

^۱ Curative Tourism

^۲ Preventive Tourism

^۳ Medical Tourism

^۴ Bypass

^۵ Angioplasty

کشورهای توسعه یافته به کشورهای در حال توسعه است (۲۰).

پیشینه تجربی تحقیق

مطالعات مختلفی عوامل و ابعاد موثر بر گردشگری پزشکی را مورد بررسی قرار داده اند. از مهمترین تحقیقات در این زمینه می توان به موارد زیر اشاره کرد:

در مطالعه ای کابالر و همکاران، مدل ساختار بازار گردشگری پزشکی را توسعه دادند که اطلاعات مورد استفاده در آن از طریق رسانه های الکترونیکی، روزنامه ها، فصلنامه ها، مجلات و منابع آموزشی مربوط به گردشگری پزشکی جمع آوری شده است. در مدل آنها، اجزای بازار گردشگری پزشکی عبارت از منافع مصرف کنندگان، نام تجاری، چارچوب قانونی، زیرساخت ها، محصولات، بازارهای هدف، کانال های ارتباطی، اپراتورها، واسطه ها، و مسائل اجتماعی (۲۱). یه و همکاران در پژوهشی دیگر، انگیزه های گردشگران پزشکی هنگ کنگ را با استفاده از رویکردی تطبیقی از تئوری انگیزشی فشار و کشش آزمون کردند. نتایج مطالعه آنها نشان می دهد این گردشگران عمدتاً به مسائل پزشکی بیشتر از ویژگی های مقصد اهمیت می دهند. عوامل انگیزشی که آنها بررسی کردند شامل ویژگی های مقصد، کیفیت مراقبت های بهداشتی، ترویج، همراهی، هزینه و شهرت و اعتبار هستند (۲۲). هیونگ و همکاران، در پژوهشی کیفی با هدف تعیین عوامل موثر بر توسعه گردشگری پزشکی در هنگ کنگ نشان دادند سیاست ها و مقررات، عدم حمایت دولت، هزینه ها، مشکلات ظرفیتی و نیازهای بهداشت و درمان جامعه محلی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در هنگ کنگ است. آنها برای رفع این موانع استراتژی هایی مانند اتخاذ سیاست های جدید، فعالیت های تبلیغاتی، اقدام دولت برای تشویق سرمایه گذاری در بازار گردشگری پزشکی و تلاش های تعاونی در بخش مهمان نوازی و موسسات

پزشکی به منظور توسعه محصولات گردشگری پزشکی پیشنهاد کردند (۳). کیم و همکاران، در مطالعه ای در کشور کره جنوبی، به تجزیه و تحلیل روند عمومی در بازار گردشگری پزشکی، شناسایی مشکلات و یا موانع توسعه گردشگری پزشکی با استفاده از مدل SWOT پرداخته اند. نتایج مطالعه نشان می دهد نقاط ضعف گردشگری پزشکی کره جنوبی شامل ترویج ناکافی، عدم سیستم پشتیبانی اداری متمرکز، عدم وجود استراتژی تمایز با توجه به کشورهای رقیب، تعداد ناکافی متخصصان گردشگری پزشکی و عدم وجود یک سیستم حقوقی قابل قبول است (۱۵). چن و همکاران در مطالعه ای به بررسی موانع و مشکلات توسعه گردشگری پزشکی در تایوان از دید گردشگران پزشکی این کشور پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد مهم ترین موانع سفر گردشگران پزشکی به این کشور، اطلاعات ناکافی و نارسا درباره گردشگری پزشکی، زمان ناکافی، نبود همراه، نگرانی درباره نارضایتی از برنامه سفر است. در پژوهشی دیگر در اردن، ارتقای کیفیت خدمات درمانی مانند پزشکان متخصص، تکنولوژی مدرن، انعقاد قرارداد دوطرفه بین بیمارستان های خصوصی اردن و هیات منطقه ای برای ارجاع بیماران به اردن، فراهم آوردن تسهیلات برای سرمایه گذاران و دریافت اعتباربخشی بین المللی کیفیت از جمله عوامل تاثیر گذار در ارتقا و توسعه گردشگری پزشکی در اردن در نظر گرفته شده است (۲۳). کراکز و همکاران در مقاله ای با عنوان «چه چیزی درباره تجارب بیماران از گردشگری پزشکی می دانید» چهار زمینه از تجارب گردشگری پزشکی را شناسایی کردند که عبارتند از: ۱- تصمیم گیری در مورد انتخاب مقصد (برای مثال عوامل کششی و رانشی موثر در عملیات شکل گیری تصمیم)؛ ۲- انگیزه ها (برای مثال فرایندها، هزینه و فاکتورهای انگیزشی سفر بیماران برای جستجوی مراقبت های خارج از مرز)؛ ۳- ریسک ها (برای مثال ریسک های سلامت و ریسک های سفر)؛ و ۴- دلایل

دست اول (برای مثال جنبه‌های مثبت و منفی تجارب و مسائل احساسی) (۲۰). لی در مطالعه خود نقش بخش مراقبت‌های سلامت را بر گردشگری بین‌المللی و اثر گردشگری بین‌المللی بر چگونگی مراقبت‌های سلامت در سنگاپور تجزیه و تحلیل کرد. نتایج مطالعه نشان می‌دهد در درازمدت، یک رابطه تک‌سویه علیتی بین مراقبت‌های سلامت با گردشگری بین‌المللی وجود دارد و تاثیر بخش مراقبت‌های سلامت بر گردشگری بین‌المللی مثبت است در حالی که در کوتاه مدت رابطه ای بین آنها بدست نیامده است. او نتیجه گیری می‌کند که تلاش‌های اخیر دولت سنگاپور برای تبدیل سنگاپور به قطب پزشکی، در دراز مدت گردشگران بین‌المللی بیشتری جذب می‌کند (۲۴). ناگارجان در مطالعه‌ای مزیت‌های رقابتی هند در زمینه گردشگری پزشکی را مورد ملاحظه قرار داد. علاوه بر این، او مهم‌ترین فاکتورهای ممانعت کننده توسعه در این صنعت را تا حدی در عملکرد دولت، نقص‌ها در هماهنگی ارکان این صنعت، نبود مکانیسم‌هایی برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها و نبود استانداردسازی خط مشی گذاری در قیمت بیمارستان‌های کشور دانست (۲۵). در ایران نیز مطالعاتی در زمینه گردشگری پزشکی صورت گرفته است. برای نمونه، دلگشایی و همکاران به بررسی وضعیت موجود گردشگری پزشکی در ایران و چالش‌های موجود در این زمینه پرداخته‌اند. یافته‌های آنها نشان می‌دهد ایران در زمینه زیرساخت‌های پایه و درمانی، حمایت‌های کارآمد دولت، داشتن برنامه مدون توسعه گردشگری پزشکی و مشارکت و هماهنگی بین بخشی در سطح کلان و ترفیع و بازاریابی منسجم با چالش‌هایی روبروست (۲۶).

در پژوهشی دیگر، حقیقی کفاش و همکاران، به اولویت بندی عوامل مربوط به توسعه گردشگری درمانی ایران از دیدگاه فعالان حوزه گردشگری درمانی پرداختند. یافته‌های آنها نشان می‌دهد سه

عامل برندسازی برای ایران در حوزه درمان، هماهنگی کامل نهادهای مرتبط با گردشگری درمانی و وجود نهاد بین بخشی متولی و سیاست گذار دارای مهمترین اولویت‌ها در توسعه گردشگری درمانی کشور هستند (۱۱). صدر ممتاز و آقارحیمی در مطالعه‌ای نشان دادند که مهم‌ترین فاکتورها برای توسعه صنعت گردشگری سلامت در ایران به ترتیب استراتژی توسعه زیرساخت‌های عمومی، استراتژی توسعه منابع انسانی، استراتژی توسعه سیستم اطلاعاتی و بازاریابی و استراتژی توسعه محصول است (۲۷). تورانی و همکاران، در مطالعه‌ای تحت عنوان چالش‌ها و فرصت‌های تجارت بین‌المللی خدمات سلامت در کشورهای منتخب آسه آن (شامل مالزی، سنگاپور و تایلند) پرداخته‌اند. طبق یافته‌های آنان، مهم‌ترین چالش‌های توسعه تجارت خدمات سلامت در منطقه آسه آن، تسریع در اعتبار بخشی مراکز ارائه خدمات، قابلیت انتقال بیمه‌ها، حمایت بخش خصوصی، همکاری بخش دولتی و خصوصی و توسعه تجارت براساس مزیت‌های نسبی هر کشور در راستای توسعه بخش سلامت است (۲۸).

سوال‌ها و فرضیه‌های تحقیق

تحقیق حاضر درصدد ارایه پاسخ به سوال‌های زیر است: ۱- عوامل یا موانع توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل کدامند؟ ۲- هریک از این عوامل در جلوگیری از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل از چه وضعیتی برخوردارند؟ ۳- هر یک از این موانع در توسعه گردشگری پزشکی دارای چه وزن و اهمیتی هستند؟ و ۴- موانعی که در حال حاضر بیشترین تاثیر را بر توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل دارند کدامند؟ افزون بر این سوال‌ها و بر مبنای آنها فرضیه‌های تحقیق عبارتند از:

- ۱- عوامل اقتصادی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.
- ۲- عوامل زیرساختی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.

- ۳- عوامل انسانی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.
- ۴- نگرش دولت از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.
- ۵- سیستم اطلاعاتی و بازاریابی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.
- ۶- سیاستگذاری و قانون گذاری از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.
- ۷- مسائل اجتماعی- فرهنگی از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.
- ۸- توسعه محصول و کیفیت خدمات از موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در استان اردبیل است.

روش کار

این تحقیق از نظر هدف یک تحقیق کاربردی و از نظر روش انجام آن یک تحقیق پیمایشی مبتنی بر پرسش نامه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل اساتید دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اساتید گروه مدیریت جهانگردی دانشگاه محقق اردبیلی، معاونین و کارکنان سازمان میراث فرهنگی، صنایع دستی و گردشگری استان اردبیل، پزشکان و متخصصان مراکز درمانی دولتی و خصوصی شهر اردبیل بودند. از لحاظ زمانی این پژوهش در پاییز سال ۱۳۹۳ انجام شد. پرسش نامه این تحقیق شامل دو بخش است: بخش اول مربوط به اطلاعات جمعیت شناختی (۴ سوال) و بخش دوم مربوط به موانع توسعه گردشگری پزشکی شهر اردبیل (۴۱ سوال) است که به صورت طیف ۵ گزینه ای لیکرت طراحی و مورد استفاده قرار گرفته و پاسخ های افراد در مقیاس کاملاً موافق، موافق، متوسط، مخالف و کاملاً مخالف است که به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ و به پاسخ کاملاً مخالف نمره یک تعلق گرفته است. به منظور تعیین روایی پرسش نامه از نظر اساتید محترم دانشگاه محقق اردبیلی استفاده شده و تعدیلات لازم انجام گرفته است. به منظور تعیین پایایی پرسش نامه از

روش آلفای کرونباخ استفاده شده که ضریب آلفا ۰/۸۷ بدست آمد که نشان از پایایی پرسشنامه است. در نهایت تعداد ۱۲۰ پرسشنامه در نمونه مورد مطالعه به روش تصادفی ساده توزیع و بعد از جمع آوری و حذف پرسشنامه های ناقص تعداد ۸۵ مورد برای تجزیه و تحلیل انتخاب شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد.

اطلاعات جمعیت شناختی

نتایج بدست آمده در مورد جنسیت پاسخ دهندگان نشان داد که ۶۰ درصد مرد و ۴۰ درصد هستند. نتایج بدست آمده در مورد توزیع سنی پاسخ دهندگان نشان داد ۱۶/۵ درصد زیر ۲۵ سال، ۲۰ درصد بین ۲۵ تا ۳۵ سال، ۳۱/۷ درصد بین ۳۵ تا ۴۵ سال، ۲۴/۸ درصد بین ۴۵ تا ۵۵ سال و بقیه بالای ۵۵ سال داشتند. نتایج بدست آمده در مورد تحصیلات پاسخ دهندگان نشان داد ۱۸/۷ درصد لیسانس، ۲۷/۱ درصد فوق لیسانس و ۵۴/۲ درصد در سطح دکتری تحصیلات داشتند و نتایج بدست آمده در مورد شغل پاسخ دهندگان نشان داد ۲۵/۹ درصد هیئت علمی، ۳۸/۸ درصد پزشک، ۲۲/۳ درصد معاونان و کارمندان میراث فرهنگی و بقیه دانشجو بودند.

یافته ها

در پاسخ به سوال اول تحقیق مبنی بر «عوامل یا موانع توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل کدامند؟» نخست به بررسی سوابق تحقیق به شیوه مطالعه کتابخانه ای و اسنادی پرداخته شد نتایج حاصل از مطالعات کتابخانه ای، داده های الکترونیکی و متون و تحقیقات داخلی و خارجی در مورد عوامل موثر بر توسعه گردشگری پزشکی به شرح زیر به دست آمده و طبقه بندی گردید. برخی از اهم مطالعات انجام شده در این زمینه می توان به مطالعات کالبار و همکاران (۲۱)، یه و همکاران (۲۲)، هیونگ و همکاران

نیروی انسانی، نگرش دولت، سیستم اطلاعاتی و بازاریابی، سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری، مسائل اجتماعی- فرهنگی و توسعه محصول و کیفیت خدمات به عنوان موانع توسعه گردشگری پزشکی در شهر اردبیل شناخته شد. عوامل و شاخص‌های هر یک که به اندازه‌گیری تاثیر هر یک از این آنها در تعیین موانع توسعه گردشگری پزشکی کمک می‌کند در جدول ۲ آمده است.

(۳). کیم و همکاران (۱۵)، چن و همکاران (۲۳)، کراکز و همکاران (۲۰)، هیناوی و ناگاراچان (۲۵)، دلگشایی و همکاران (۲۶)، حقیقی کفاش و همکاران (۱۱)، تورانی و همکاران (۲۸) و صدرممتاز و همکاران (۲۷) اشاره کرد. با ترکیب بندی نتایج این مطالعات نظرسنجی از اساتید و خبرگان و نیز بررسی وضعیت محیطی و شرایط موجود در مقصد مورد مطالعه، عوامل هشتگانه شامل عوامل اقتصادی، عوامل زیرساختی،

جدول ۲. عوامل (یا موانع) توسعه گردشگری پزشکی

موانع توسعه گردشگری پزشکی	گویه‌های هر یک از شاخص‌ها
موانع اقتصادی	هزینه‌های بالای خدمات پزشکی، هزینه بالای اقامت، عدم وجود تعرفه ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی، هزینه بالای حمل‌ونقل، نبود مرکز رسمی و دارای مجوز برای تبدیل ارزهای خارجی به ارز داخلی
موانع زیرساختی	ظرفیت پایین و ناکافی بیمارستان‌ها، فقدان بیمارستان‌های جداگانه برای گردشگران پزشکی، عدم وجود تجهیزات پزشکی پیشرفته کافی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، پرواز داخلی و بین‌المللی محدود، عدم وجود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران خارجی، فقدان نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی، عدم وجود مراکز اقامتی با استاندارد بالا در نزدیکی مراکز درمانی، وضعیت نامناسب حمل‌ونقل جاده‌ای
موانع نیروی انسانی	محدودیت در تعداد متخصصان رشته‌های مختلف پزشکی، عدم وجود پزشکان متخصص با توانایی صحبت به زبان‌های خارجی، نبود آموزش تخصصی گردشگری پزشکی برای پزشکان، پرستاران و...، نداشتن گواهینامه بین‌المللی پزشکان
موانع نگرش دولت	حمایت ناکارآمد دولت از توسعه گردشگری پزشکی، عدم سرمایه‌گذاری کافی دولت در بخش گردشگری پزشکی، عدم ایجاد تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در کسب و کار گردشگری پزشکی، عدم حمایت از بخش خصوصی برای ورود و سرمایه‌گذاری در گردشگری پزشکی
موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	فقدان استراتژی بازاریابی منسجم گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان، عدم تبلیغات مناسب گردشگری پزشکی در سطح بین‌المللی، ناکارآمدی سیستم اطلاع‌رسانی در خصوص شناساندن قابلیت‌های گردشگری پزشکی، نبود برند گردشگری پزشکی، ترویج ناکافی گردشگری پزشکی از طریق اینترنت، عدم حضور فعال مراکز خدمات درمانی در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی
موانع سیاستگذاری و قانون‌گذاری	فقدان خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی، عدم وجود نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان دهی کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی، عدم همکاری بین آژانس‌های مسافرتی و مراکز درمانی، عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی، آماده نبودن بخش‌های مختلف صنعت گردشگری نظیر تورگردانان، هتل‌ها و آژانس‌های مسافرتی برای حضور فعال در عرصه گردشگری پزشکی
موانع اجتماعی- فرهنگی	نیازهای درمانی مردم بومی، رفتارهای نامناسب گردشگران پزشکی، شلوغی مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی، کاهش متخصصان در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های عمومی
موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات	کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، عدم اخذ تاییدیه‌های بین‌المللی کیفیت (مانند JCI) توسط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، امکانات رفاهی نامناسب برای بیمار و همراهان در مراکز درمانی، عدم امکان پیگیری بیمار پس از ترخیص از بیمارستان، فقدان نظام پاسخ گویی به گردشگران پزشکی ناراضی

و انحراف معیار استفاده شد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد عوامل مربوط به سیستم‌های اطلاعاتی و بازاریابی، عوامل زیرساختی و عوامل

در پاسخ به سوال دوم تحقیق مبنی بر اینکه «هر یک از این عوامل در توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل از چه وضعیتی برخوردارند؟» از آمار توصیفی میانگین

مربوط به سیاستگذاری و قانون گذاری به ترتیب با درصد ۴، ۳/۷ و ۳/۷ دارای بیشترین میانگین بوده و انحراف معیار آنها به ترتیب عبارت است از: ۰/۸۲۸۴۱، ۰/۷۹۰۱۹ و ۰/۸۶۷۰۶ و عوامل اقتصادی و مسائل اجتماعی- فرهنگی دادای کمترین میانگین یعنی ۳ و ۳،۴ هستند انحراف معیار آنها به ترتیب ۰/۸۱۰۵۲ و ۰/۸۴۸۱۲ است. میانگین و انحراف معیار این عوامل همراه با شاخصهای آنها در جداول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار موانع اصلی توسعه گردشگری

پزشکی		
موانع توسعه گردشگری پزشکی	میانگین	انحراف معیار
موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	۴	۰/۸۲۸۴۱
موانع زیرساختی	۳/۷	۰/۷۹۰۱۹
موانع سیاستگذاری و قانون گذاری	۳/۷	۰/۸۶۷۰۶
موانع نگرش دولت	۳/۷	۰/۸۴۸۳۶
موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات	۳/۷	۰/۸۵۷۰۷
موانع انسانی	۳/۵	۰/۸۸۲۶۲
موانع اقتصادی	۳	۰/۸۱۰۵۲
موانع اجتماعی- فرهنگی	۳/۴	۰/۸۴۸۱۲

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار عوامل فرعی موانع توسعه گردشگری پزشکی

موانع اصلی	موانع توسعه گردشگری پزشکی	میانگین	انحراف معیار
موانع اقتصادی	هزینه های بالای خدمات پزشکی	۲/۸۱	۱/۲۵۸
	هزینه بالای اقامت	۲/۷۵	۱/۱۸۴
	نبود تعرفه ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی	۳/۴۶	۱/۱۴۰
	هزینه بالای حمل و نقل	۲/۷۲	۱/۲۶۹
موانع زیرساختی	نبود مرکز رسمی مجوزدار برای تبدیل ارز خارجی	۳/۳۳	۱/۱۲۷
	ظرفیت پایین و ناکافی بیمارستان	۳/۹۳	۱/۰۴۴
	نبود بیمارستان جداگانه برای گردشگران پزشکی	۳/۶۸	۱/۲۶۵
	کمبود تجهیزات پزشکی پیشرفته در بیمارستان ها و مراکز درمانی	۳/۵۸	۱/۱۴۸
	پرواز داخلی محدود و نبود پرواز بین المللی	۳/۹۱	۱/۲۴۰
	نبود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران	۳/۶۱	۱/۲۷۳
	فقدان نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی	۳/۸۱	۱/۲۰۰
	کمبود مراکز اقامتی با استاندارد بالا در نزدیکی مراکز درمانی	۳/۵۹	۱/۲۵۶
موانع نیروی انسانی	وضعیت نامناسب حمل و نقل جاده ای در استان	۳/۶۲	۱/۱۹۵
	محدود بودن تعداد پزشک در تخصص های مختلف	۳/۳۳	۱/۳۰۴
	کم آشنایی پزشکان متخصص به زبان های خارجی	۳/۳۶	۱/۲۱۳
	نبود آموزش تخصصی گردشگری پزشکی برای پزشکان، پرستاران و ...	۳/۶۶	۱/۲۳۰
موانع نگرش دولت	نداشتن گواهینامه بین المللی پزشکان اردبیل	۳/۴۹	۱/۳۱۵
	حمایت ناکافی دولت از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل	۳/۵۶	۱/۲۶۷
	سرمایه گذاری ناکافی دولت در بخش گردشگری پزشکی	۳/۸۶	۱/۱۴۶
	نبود تسهیلات کافی برای مجموعه های فعال در گردشگری پزشکی	۳/۶۵	۱/۲۷۰
موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	نبود حمایت از بخش خصوصی برای سرمایه گذاری در گردشگری پزشکی	۳/۶۹	۱/۰۶۹
	فقدان استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان	۴/۰۷	۱/۱۰۰
	عدم تبلیغات مناسب گردشگری پزشکی اردبیل در کشورهای هدف	۴/۰۹	۱/۰۱۳
	ناکارآمدی سیستم اطلاع رسانی در شناساندن قابلیت های گردشگری پزشکی	۴/۱۱	۱/۰۹۱
	نبود برند گردشگری پزشکی اردبیل	۴/۱۲	۱/۱۰۶
	کمبود تبلیغات گردشگری پزشکی اردبیل در رسانه ها	۳/۸۹	۱/۲۴۴
	عدم حضور فعال مراکز خدمات درمانی اردبیل در کانال های توزیع و فروش بین المللی خدمات پزشکی	۳/۸۱	۱/۲۰۰

۱/۱۶۳	۳/۹۳	فقدان خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی	موانع سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری
۱/۲۶۳	۳/۶۹	عدم وجود نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی در اردبیل	
۱/۲۰۰	۳/۵۵	نبود همکاری مناسب بین آژانس‌های مسافرتی و مراکز درمانی اردبیل	
۱/۲۰۷	۳/۶۸	عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی	
۱/۰۷۶	۳/۷۲	آماده نبودن بخش‌های مختلف صنعت گردشگری نظیر تورگردانان، هتل‌ها و آژانس‌های مسافرتی برای حضور فعال در عرصه گردشگری پزشکی	
۱/۱۸۳	۳/۸۷	ظرفیت محدود مراکز ارائه خدمات درمانی، با لحاظ نیازهای درمانی مردم استان	موانع اجتماعی-فرهنگی
۱/۳۳۶	۲/۹۸	رفتارهای نامناسب با گردشگران پزشکی	
۱/۱۸۰	۳/۵۶	شلوغی و ترافیک در مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی	
۱/۳۵۳	۳/۱۶	کاهش متخصصان در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها عمومی به دلیل توسعه گردشگری پزشکی و افزایش درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی	
۱/۲۱۱	۳/۵۲	کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	
۱/۱۸۳	۳/۷۱	عدم اخذ تاییدیه‌های بین‌المللی کیفیت (مانند JCI) توسط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات
۱/۱۶۱	۳/۷۶	امکانات رفاهی نامناسب برای بیمار و همراهان آنها در مراکز درمانی	
۱/۲۴۹	۳/۶۶	عدم امکان پیگیری وضعیت بیمار پس از ترخیص از بیمارستان	
۱/۲۵۰	۳/۷۶	فقدان نظام پاسخگویی به گردشگران پزشکی ناراضی در مراکز درمانی	

نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون آماری t استیودنت در مورد فرضیه‌های تحقیق مبنی بر اینکه «عوامل اقتصادی، عوامل زیرساختی، عوامل انسانی، نگرش دولت، سیستم اطلاعاتی و بازاریابی، سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری، مسائل اجتماعی-فرهنگی و توسعه محصول و کیفیت خدمات از جمله موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل

محسوب می‌شوند»، نشان داد که همه این عوامل از جمله عوامل اصلی توسعه گردشگری پزشکی محسوب می‌شوند. نتایج این تحلیل در جدول شماره ۴ آمده است. همانطور که جدول نشان می‌دهد همه فرضیه‌ها در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ تایید شده است.

جدول ۴. میانگین رتبه و بار عاملی هر یک از عوامل اصلی موثر توسعه گردشگری پزشکی

ردیف	فرضیه‌های تحقیق (موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی)	t استیودنت	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	تایید/رد فرضیه‌ها
۱	فرضیه اول: موانع اقتصادی	۳۴/۲۸۵	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۲	فرضیه دوم: موانع زیرساختی	۴۳/۳۵۸	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۳	فرضیه سوم: موانع نیروی انسانی	۳۶/۱۶۰	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۴	فرضیه چهارم: موانع نگرش دولت	۴۰/۱۱۴	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۵	فرضیه پنجم: موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	۴۴/۶۹۲	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۶	فرضیه ششم: موانع سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری	۳۹/۵۰۵	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۷	فرضیه هفتم: موانع اجتماعی-فرهنگی	۳۶/۸۹۶	۸۴	۰/۰۰۰	تایید
۸	فرضیه هشتم: موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات	۳۹/۶۱۱	۸۴	۰/۰۰۰	تایید

در پاسخ به سوال سوم تحقیق «هر یک از این موانع در توسعه گردشگری پزشکی دارای چه وزن و اهمیتی هستند؟»، به بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌ها

با استفاده از آزمون رتبه‌بندی فریدمن پرداخته شد. نتایج نشان داد که به ترتیب موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی با میانگین رتبه ۲۹/۷۵ در رتبه اول و بقیه به

ترتیب موانع سیاستگذاری و قانون‌گذاری ۲۵/۱۴، موانع نیروی انسانی ۲۲/۴۶، موانع اجتماعی- فرهنگی موانع زیرساختی ۲۴/۹۲، موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات ۲۴/۸۰، موانع نگرش دولت ۲۴/۴۹، موانع اقتصادی دارای میانگین رتبه ۱۶/۱۹ در رتبه‌های بعدی قرار قرار می‌گیرد (جدول ۵).

جدول ۵. میانگین رتبه و بار عاملی هر یک از عوامل اصلی موثر توسعه گردشگری پزشکی

ردیف	موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی	میانگین اهمیت	بار عاملی	رتبه کل
۱	موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	۲۹/۷۵	۰/۹۷۴	۱
۲	موانع سیاستگذاری و قانون‌گذاری	۲۵/۱۴	۰/۹۶۶	۲
۳	موانع زیرساختی	۲۴/۹۲	۰/۹۷۹	۳
۴	موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات	۲۴/۸۰	۰/۹۷۹	۴
۵	موانع نگرش دولت	۲۴/۴۹	۰/۹۲۵	۵
۶	موانع نیروی انسانی	۲۲/۴۶	۰/۹۶۷	۶
۷	موانع اجتماعی- فرهنگی	۲۰/۵۴	۰/۹۵۴	۷
۸	موانع اقتصادی	۱۶/۱۹	۰/۹۸۳	۸

میانگین اهمیت، بار عاملی و رتبه کل هر یک از متغیرهای فرعی در درون عوامل اصلی که تحت عنوان موانع توسعه گردشگری پزشکی محسوب می‌شوند به ترتیب در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. میانگین رتبه، بار عاملی و رتبه کل هر یک از موانع موثر در توسعه گردشگری پزشکی

موانع	موانع توسعه گردشگری پزشکی	میانگین اهمیت	بار عاملی	رتبه
موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی	ناکارآمدی سیستم اطلاع‌رسانی در شناساندن قابلیت‌های گردشگری پزشکی	۳۱/۸۹	۰/۷۷۸	۱
	نبود برند گردشگری پزشکی اردبیل	۳۱/۶۹	۰/۷۹۵	۲
	عدم تبلیغات مناسب گردشگری پزشکی اردبیل در کشورهای هدف	۳۱/۱۶	۰/۷۸۳	۳
	فقدان استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان	۳۰/۷۶	۰/۷۵۵	۴
	کمبود تبلیغات گردشگری پزشکی اردبیل در رسانه‌ها	۲۹/۵۶	۰/۷۶۷	۵
	عدم حضور فعال مراکز خدمات درمانی اردبیل در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی	۲۸/۰۵	۰/۷۱۱	۶
موانع سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری	فقدان خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی توسعه گردشگری پزشکی	۲۹/۱۳	۰/۷۱۸	۱
	عدم وجود نهاد بین بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی در اردبیل	۲۶/۱۴	۰/۸۲۹	۲
	عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی	۲۶/۹	۰/۷۵۸	۳
	آماده نبودن بخشهای مختلف صنعت گردشگری نظیر تورگردانان، هتل‌ها و آژانس‌های مسافرتی برای حضور فعال در عرصه گردشگری پزشکی	۲۵/۷۴	۰/۷۳۷	۴
	نبود همکاری مناسب بین آژانس‌های مسافرتی و مراکز درمانی اردبیل	۲۳/۹۷	۰/۷۵۲	۵
	پرواز داخلی محدود و نبود پرواز بین‌المللی	۲۹/۵۹	۰/۷۵۳	۱
موانع زیرساختی	ظرفیت پایین و ناکافی بیمارستان	۲۹/۱۴	۰/۷۳۱	۲
	فقدان نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی	۲۸/۵۶	۰/۷۱۴	۳
	نبود بیمارستان جداگانه برای گردشگران پزشکی	۲۶/۶۰	۰/۷۵۶	۴
	نبود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران	۲۵/۶۲	۰/۶۹۱	۵
	وضعیت نامناسب حمل‌ونقل جاده ای در استان	۲۵/۵۲	۰/۸۰۹	۶
	کمبود مراکز اقامتی با استاندارد بالا در نزدیکی مراکز درمانی	۲۴/۳۵	۰/۶۹۷	۷
	کمبود تجهیزات پزشکی پیشرفته در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی	۲۳/۹۸	۰/۷۳۴	۸

۱	۰/۷۹۱	۲۷/۵۶	فقدان نظام پاسخ گویی به گردشگران پزشکی ناراضی در مراکز درمانی	موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات
۲	۰/۶۹۰	۲۷/۶۵	امکانات رفاهی نامناسب برای بیمار و همراهان آنها در مراکز درمانی	
۳	۰/۷۵۴	۲۵/۹۶	عدم امکان پیگیری وضعیت بیمار پس از ترخیص از بیمارستان	
۴	۰/۷۳۲	۲۳/۳۷	کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان ها و مراکز درمانی	
۵	۰/۷۳۴	۲۵/۹۵	عدم اخذ تاییدیه های بین المللی کیفیت (مانند JCI) توسط بیمارستان ها و مراکز درمانی	
۱	۰/۶۹۳	۲۸/۶۶	سرمایه گذاری ناکافی دولت در بخش گردشگری پزشکی	موانع نگرش دولت
۲	۰/۶۷۱	۲۵/۵۶	نبود حمایت از بخش خصوصی برای سرمایه گذاری در گردشگری پزشکی	
۳	۰/۷۵۵	۲۵/۲۱	نبود تسهیلات کافی برای مجموعه های فعال در گردشگری پزشکی	
۴	۰/۷۳۲	۲۳/۸۳	حمایت ناکافی دولت از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل	
۱	۰/۷۷۳	۲۶/۱۹	نبود آموزش تخصصی گردشگری پزشکی برای پزشکان، پرستاران و ...	موانع نیروی انسانی
۲	۰/۸۱۷	۲۳/۸۸	نداشتن گواهینامه بین المللی پزشکان اردبیل	
۳	۰/۷۱۴	۲۲/۲۵	محدود بودن تعداد پزشک در تخصص های مختلف	
۴	۰/۸۱۱	۲۲/۱۶	کم آشنایی پزشکان متخصص به زبان های خارجی	
۱	۰/۸۴۲	۲۸/۵۷	ظرفیت محدود مراکز ارائه خدمات درمانی، با لحاظ نیازهای درمانی مردم استان	موانع اجتماعی- فرهنگی
۲	۰/۶۶۲	۲۳/۹۷	شلوغی و ترافیک در مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی	
۳	۰/۷۶۹	۱۹/۸۱	کاهش متخصصان در بیمارستان ها و درمانگاه های عمومی به دلیل توسعه گردشگری پزشکی در منطقه و افزایش درمانگاه ها و بیمارستان ها و مطب های خصوصی	
۴	۰/۷۶۴	۱۷/۰۱	رفتارهای نامناسب با گردشگران پزشکی	
۱	۰/۷۲۸	۲۳/۰۸	نبود تعرفه ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی	موانع اقتصادی
۲	۰/۸۴۴	۲۰/۸۴	نبود مرکز رسمی مجوزدار برای تبدیل ارز خارجی	
۳	۰/۷۷۵	۱۵/۵۹	هزینه بالای حمل و نقل	
۴	۰/۸۵۵	۱۵/۵۴	هزینه بالای اقامت	
۵	۰/۸۳۴	۱۶/۳۸	هزینه های بالای خدمات پزشکی	

نتیجه گیری و پیشنهادها

نتایج تجزیه و تحلیل داده ها و یافته های تحقیق نشان داد که موانع اصلی توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل بر اساس میانگین رتبه و اهمیت به ترتیب عبارتند از:

- ۱- موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی؛
- ۲- موانع سیاستگذاری و قانون گذاری؛
- ۳- موانع زیرساختی؛
- ۴- موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات؛
- ۵- موانع نگرش دولت؛
- ۶- موانع نیروی انسانی؛
- ۷- موانع اجتماعی- فرهنگی؛
- ۸- موانع اقتصادی.
- ۹- هریک از این موانع در جلوگیری از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل نقش اساسی داشته و

همراه شاخص های فرعی به عنوان موانعی برای توسعه این بخش عمل می کنند. نتایج بررسی در مورد موانع مربوط به شاخص های فرعی به ترتیب اهمیت و میانگین رتبه و رتبه کل تحت عنوان موانع توسعه گردشگری پزشکی به شرح زیر به دست آمد:

- ۱- ناکارآمدی سیستم اطلاع رسانی در شناساندن قابلیت های گردشگری پزشکی؛
- ۲- نبود برند گردشگری پزشکی اردبیل؛
- ۳- عدم تبلیغات مناسب گردشگری پزشکی اردبیل در کشورهای هدف؛
- ۴- فقدان استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان؛
- ۵- پرواز داخلی محدود و نبود پرواز بین المللی؛

- ۶- کمبود تبلیغات گردشگری پزشکی اردبیل در رسانه‌ها
- ۷- ظرفیت پایین و ناکافی بیمارستان‌ها؛
- ۸- فقدان خط‌مشی‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب برای توسعه گردشگری پزشکی؛
- ۹- سرمایه‌گذاری ناکافی دولت در بخش گردشگری پزشکی؛
- ۱۰- ظرفیت محدود مراکز ارائه خدمات درمانی، با لحاظ نیازهای درمانی مردم استان؛
- ۱۱- فقدان نظام ثبت، کنترل و آمارگیری از گردشگران پزشکی؛
- ۱۲- عدم حضور فعال مراکز خدمات درمانی اردبیل در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی؛
- ۱۳- فقدان نظام پاسخ‌گویی به گردشگران پزشکی ناراضی در مراکز درمانی؛
- ۱۴- امکانات رفاهی نامناسب برای بیمار و همراهان آنها در مراکز درمانی؛
- ۱۵- نبود بیمارستان جداگانه برای گردشگران پزشکی؛
- ۱۶- نبود آموزش تخصصی گردشگری پزشکی برای پزشکان، پرستاران و ...؛
- ۱۷- عدم وجود نهاد بین‌بخشی متولی، سیاست‌گذار، سازمان‌دهی‌کننده و ناظر در زمینه گردشگری پزشکی در اردبیل؛
- ۱۸- عدم هماهنگی نهادهای مرتبط با گردشگری پزشکی؛
- ۱۹- عدم امکان پیگیری وضعیت بیمار پس از ترخیص از بیمارستان؛
- ۲۰- عدم اخذ تاییدیه‌های بین‌المللی کیفیت (مانند JCI) توسط بیمارستان‌ها و مراکز درمانی؛
- ۲۱- آماده نبودن بخش‌های مختلف صنعت گردشگری نظیر تورگردانان، هتل‌ها و آژانس‌های مسافرتی برای حضور فعال در عرصه گردشگری پزشکی؛
- ۲۲- نبود تسهیلات پرداخت الکترونیکی برای بیماران؛
- ۲۳- نبود حمایت از بخش خصوصی برای سرمایه‌گذاری در گردشگری پزشکی؛
- ۲۴- وضعیت نامناسب حمل‌ونقل جاده‌ای در استان؛
- ۲۵- نبود تسهیلات کافی برای مجموعه‌های فعال در گردشگری پزشکی؛
- ۲۶- کمبود مراکز اقامتی با استاندارد بالا در نزدیکی مراکز درمانی؛
- ۲۷- کمبود تجهیزات پزشکی پیشرفته در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی؛
- ۲۸- نبود همکاری مناسب بین آژانس‌های مسافرتی و مراکز درمانی اردبیل؛
- ۲۹- شلوغی و ترافیک در مراکز درمانی به واسطه حضور گردشگران پزشکی؛
- ۳۰- نداشتن گواهینامه بین‌المللی پزشکان اردبیل؛
- ۳۱- حمایت ناکافی دولت از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل؛
- ۳۲- کیفیت پایین خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی؛
- ۳۳- نبود تعرفه ثابت و استاندارد برای خدمات درمانی؛
- ۳۴- محدودبودن تعداد پزشک در تخصص‌های مختلف؛
- ۳۵- آشنایی کم پزشکان متخصص به زبان‌های خارجی؛
- ۳۶- نبود مرکز رسمی مجوزدار برای تبدیل ارز خارجی؛
- ۳۷- کاهش متخصصان در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های عمومی به دلیل توسعه گردشگری پزشکی در منطقه و افزایش درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها و مطب‌های خصوصی؛
- ۳۸- رفتارهای نامناسب با گردشگران پزشکی؛
- ۳۹- هزینه بالای حمل‌ونقل؛
- ۴۰- هزینه بالای اقامت؛

۸- طراحی خطمشی‌ها و برنامه‌های عملیاتی مناسب برای توسعه گردشگری پزشکی؛

۹- استفاده از ظرفیت‌های دولت برای توسعه سرمایه‌گذاری در بخش گردشگری پزشکی؛

۱۰- افزایش ظرفیت مراکز ارائه خدمات درمانی با علم بر اینکه نیازهای درمانی مردم استان تحت‌الشعاع گردشگری پزشکی قرار نگیرد؛

۱۱- طراحی سیستم اطلاعاتی مناسب برای ثبت، کنترل و آمارگیری گردشگران پزشکی؛

۱۲- اتخاذ تدابیری برای حضور فعال مراکز خدمات درمانی اردبیل در کانال‌های توزیع و فروش بین‌المللی خدمات پزشکی؛

۱۳- تعریف و تعیین سازوکارهای پاسخ‌گویی برای تامین نیازها و پاسخ به انتقادات و شکایت‌های گردشگران پزشکی؛

۱۴- فراهم آوردن امکانات رفاهی مناسب برای بیماران و همراهان آنها در جوار مراکز درمانی؛

۱۵- اختصاص بیمارستان‌های تخصصی جداگانه برای گردشگران پزشکی جهت ارائه خدمات مناسب.

نتایج تحقیق نشان داد در بین ۴۱ مانع بررسی شده موارد چهارگانه رفتارهای نامناسب با گردشگران پزشکی، هزینه بالای حمل و نقل، هزینه بالای اقامت و هزینه‌های بالای خدمات پزشکی کمترین رتبه را دارند که بیانگر رفتار مناسب با گردشگران از سوی مردم محلی و همین‌طور پایین بودن هزینه حمل و نقل، خدمات پزشکی و هزینه اقامت در اردبیل است. بنابراین همین عوامل خود مشوق گردشگری پزشکی در اردبیل بوده و برای توسعه گردشگری نیازمند اصلاح امور بویژه در حوزه موارد ۱۵ گانه پیشنهادی فوق است.

۴۱- هزینه‌های بالای خدمات پزشکی.

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود دولت و متولیان امر گردشگری پزشکی و سازمان‌های مرتبط اقدامات و برنامه‌ریزی‌های لازم و هوشمندانه به ترتیب در مورد مرتفع ساختن موانع سیستم اطلاعاتی و بازاریابی، موانع سیاستگذاری و قانون‌گذاری، موانع زیرساختی، موانع توسعه محصول و کیفیت خدمات، موانع نگرش دولت، موانع نیروی انسانی، موانع اجتماعی- فرهنگی و نهایتاً موانع اقتصادی طراحی کنند. همین‌طور با توجه به موانعی که واجد بیشترین تاثیر در جلوگیری از توسعه گردشگری پزشکی در اردبیل هستند نسبت به رفع این موانع و حل این مسائل در اولویت برنامه‌های خود تلاش نمایند راهکارهای پیشنهادی برای این مسایل به شرح زیر هستند:

۱- اصلاح سیستم اطلاع‌رسانی در شناساندن قابلیت‌های گردشگری پزشکی؛

۲- تلاش برای ارتقاء کیفیت خدمات در حوزه‌های تخصصی موجود در استان برای دستیابی به برند مناسب در گردشگری پزشکی؛

۳- اقدامات تبلیغاتی مناسب گردشگری پزشکی اردبیل در کشورهای هدف برای شناساندن قابلیت‌های استان

۴- طراحی و تدوین استراتژی بازاریابی منسجم و مؤثر در گردشگری پزشکی در سطح خرد و کلان؛

۵- تلاش در جهت راه‌اندازی پروازهای بین‌المللی در حوزه‌هایی که استان اردبیل در آن از قابلیت مناسب برخوردار است؛

۶- استفاده از رسانه‌های داخلی و خارجی برای تبلیغ قابلیت‌های گردشگری پزشکی اردبیل؛

۷- جذب سرمایه‌گذاری و اقدام برای توسعه و افزایش ظرفیت بیمارستان‌ها؛

References

- 1- Keshavarz H, Jabbarifar SE, Hoseinpouri, K. effective of Social & cultural factors and infrastructure for the development of dental tourism in Esfahan. Dental Journal of Esfahan. 2012; 8(7): 684-694.

- 2- Mohseni M. Medical sociology. Tehran, Iran; Taheer Publications; 2010.
- 3- Heung, V., Kucukusta, D. & Song, H. Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*. 2011; 32: 995-1005.
- 4- Mohamad WN, Omar A, Haron, MS. The Moderating Effect of Medical Travel Facilitation in Medical Tourism. 2012; 65: 358-363.
- 5- Bookma M. Z. & Bookman K. R. Medical tourism in developing countries. New York: Palgrave Macmillan. 2007.
- 6- MacReady N. Developing countries court medical tourists, *Lancet*, word report. 2007; 369:1849-1859.
- 7- Singh, P. Medical tourism. New Delhi, India: Kanishka Publishers 2008.
- 8- Youngman, I. Medical tourism facts and figures 2010. An independent report. 2010.
- 9- Hopkins L, R Labonte, V Runnels and C Packer. Medical tourism today: what is the state of existing knowledge? *Journal of Public Health Policy*. 2010; 31: 185-198.
- 10- Goel, S.L., & Kumar, R. Medical tourism and hospitalservices. New Delhi, India: Deep & Deep Publications PVT. Ltd. 2010.
- 11- Haqiqi Kafash, Mehdi, Ziaee, Mahmoud, Jafari, Mahmud. Prioritize the factors related to the development of medical tourism. *Tourism Studies Journal*. 2010; 11(12): 23-40.
- 12- Carrera and Bridges. Health and medical tourism: what they mean and imply for health care systems. *Geneva Association Information Newsletter*. 2006; 15: 1-4.
- 13- Henderson, J. Healthcare tourism in Southeast Asia. *Tourism Review International*. 2004; 7: 111-121.
- 14- Connell, J. (2006), Medical tourism: sea, sun, sand and surgery, *Tourism Management*. 2006; 6(27): 1093-1100.
- 15- Kim S., Lee J., & Jung J. Assessment of Medical Tourism Development in Korea for the Achievement of Competitive Advantages. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*. 2012; 18(5): 421-445
- 16- Kumar S. Designing promotional strategies for medical tourism in India: a case study of an ophthalmic hospital in NCR. *Health and Population: Perspectives and Issues*. 2009; 2(32): 86-95.
- 17- Garcia C, JA Pagan and R Hardeman. Context matters: where would you be the least worse off in the US if you were uninsured? *Health Policy*. 2010; 94(1): 76-83.
- 18- Turner, L. First world health care at third world Prices': Globalization, bioethics and medical tourism; bio societies. 2007; 2: 303-325.
- 19- Awadzi and Panda. Medical Tourism: Globalization and the Marketing of Medical Services, the Consortium *Journal of Hospitality and Tourism*. 2006; 11(1): 1-7.
- 20- Crooks V A. Kingsbury P. Snyder J. Johnston R. what is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review, *BMC Health Services Research*. 2010; 376: 1-12.
- 21- Caballero-Danell S., & Mugomba C., (2007), Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry. Master Thesis, Goteborg University. 2007.
- 22- Ye, B. H., Yuen, P. P., Qiu, H. Z., & Zhang, V. H. (2008). Motivation of medical tourists: an exploratory case study of Hong Kong medical tourists. In A PTA annual conference, Bangkok, Thailand. 2011; 32: 1125-1128.
- 23- Chen P., Kung R., Huang M., Chen F., Pei L., Exploring the medical tourism development barriers and participation willingness in Taiwan: an example of mainland tourist, *World academy of Science, Engineering and Technology*. 2012; 6: 8-29.
- 24- Lee C. G. Health care and tourism: Evidence from Singapore, *Tourism Management*. 2010; 31: 486-488.
- 25- Nagarajan G.S. Medical Tourism in India: Strategy for Its Development Crisis. Young Thought Leader Series, Dissertation, G 216, and IIM-B Hostels, Indian Institute of Management- Bangalore. 2004; 16:1-17.
- 26- Delqoshaee, Bahram, Jabbari, Alireza, Farzin, Mohammadreza, Sherbafchi Zade, Nasrin, Tabibi, Seyed Jamalaldin. Current status of medical tourism: Case Study of Iran. *Payesh Quarterly monitoring*. 2012; 11(2): 171-179.

-
- 27- Sadr Momtaz, Naser & Aqaqrahimi, Zahra. Medical Tourism Industry in Iran: Guidelines for development. Health Information Management Journal. 2010; 7: 516-524.
- 28- Turani, Sogand, Tabibi, Seyed Jamalaldin, Tofiqi, Shahram, Sherbafchi Zade, Nasrin. International trade in health services in selected countries of ASEAN: Challenges and opportunities” Health Information Management Journal. 2011; 8(4): 453-468.